

Année 1955

145

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

CHAILLOT Pierre

né le 23 Avril 1927 à COGNAC (Charente)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES GROSSESSES ABDOMINALES
A TERME.

Président : Monsieur le Professeur LACOMME

Editions A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : CHAILLOT

Prénom : Pierre

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

CHAILLOT Pierre
Contribution à l'étude
des grossesses abdominales
à terme.
Paris in 4° 40 p. Dac.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1955

2

CHAILLOT Pierre
Contribution à l'étude
des grossesses abdominales
à terme.
Paris in 4° 40 p. Dac.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P.

3

CHAILLOT Pierre
Contribution à l'étude
des grossesses abdominales
à terme.
Paris in 4° 40 p. Dac.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1955

4

CHAILLOT Pierre
Contribution à l'étude
des grossesses abdominales
à terme
Paris in 4° 40 p. Dac.
Thèse Med. Paris 1955
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1955



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552212_0036

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1955

N°

T H E S E
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

CHAILLOT Pierre

né le 23 Avril 1927 à COGNAC (Charente)

Présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES GROSSESSES ABDOMINALES
A TERME.

Président : Monsieur le Professeur LACOMME

Editions A.G.E.M.P.



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL -
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) -
GUILLAIN - HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE -
LHERMITTE - LIAN - LOEPER - MARION - MATHIEU -
MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E) - OMBREDANNE - SANNIE -
SEZARY - TANON -

DOYEN Léon BINET
(Membre de l'Institut)

ASSESSEUR Jean VERNE

I - PROFESSEURS

	MM.
Anatomic	CORDIER (G)
Anatomic Pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education Nationale et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie Médicale et Sociale .	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING
(Hôtel-Dieu	BROCC (P)
Cliniques (Broussais	DE GAUDARD D'ALLAINES
chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H)
(Cochin	QUENU (J)
Clinique Chirurgicale réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie Pleuro-pul- monaire	MONOD (R)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P)
Clinique des maladies du système nervoux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Cliniques des Maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Cliniques des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)

Clinique du Diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R)
Clinique Gynécologie	FUNCK-BRENTANO
Clinique Médicale d'Hydro-clima- tologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique Médicale Propédeutique ...	PASTEUR-VALLERY-RADOT
(Tarnier ..	LANTUEJOUL (P)
Cliniques Obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
(Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique Ophtalmologique	ELTER (E)
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	AUBIN (A)
Clinique Physio-Pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C)
Clinique Psychiatrique Infantile ..	HEUYER (C)
Clinique Rhumatologique	COSTE (F)
Clinique Stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique Thérapeutique Chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique Thérapeutique Médicale ...	LEMAIRE
Clinique Urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	MOUQUIN (M)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de la première enfance	CATHALA (J)
Hygiène et Médecine Préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale	GAILLIARD (H)
Pathologie Chirurgicale	N
Pathologie Exotique	LAVIER (G)
Pathologie Expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie et Thérapeutique générales	N
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A)
Physiologie	SINET (L)
Physique médicale	STROHL (A)
Radiologie Médicale	DESGREZ (H)
Technique Chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURPIN (R)
Chaire de la Clinique Médico- Sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN

- II - 6 PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A)
	(DEBEYRE (J)

Anatomic Pathologie	GAUTHIER-VILLARS Mlle P. Pr. s. ch. BUSSE (F) GOUYGOU
Bactériologie	FASQUELLE (R) NEVOT (A)
Biologie Médicale	BOURLIERE
Chimie Médicale	ETTORI (J) Pr.s.Ch. JAYLE (MF) Pr.s.Ch. SCHAPIRA (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT
Histologie	BUILLARD Pr.s.Ch. COUJARD (R)
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	BOYER DUPARIS (M)
Médecine Légale	DEROBERT (L) HADENGUE GAULTIER (M)
Neuro-Chirurgie	DAVID
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	GRASSET (J) LEPAGE (F) MAYER (M) MERGER (R) PAVINA (J) VARANGOT (J) MORIN
Ophtalmologie	OFFRET (G) DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET
Oto-Rhino-Laryngologie	HALPHEN (E) P.s.ch. AUBRY MADURO (R) BRUMPT (L)
Parasitologie	CHABAUD
Parasitologie Coloniale	ABOULKER (P)
Pathologie Chirurgicale	BAUMANN (J) GOSSET (J) HUGUIER (J) LAURENCE (G) LEGER (L) OLIVIER (Cl) PADOVANI (P) LORTAT-JACOB POILLEUX (M) ROUX RUDLER (J.C.) VERNE (J.M.)
Pathologie Expérimentale	MERKLEN (P) BERNARD (J) BOUDIN (G)

IV -

Pathologie Médicale	CASTAIGNE (P)
	CONTE (M)
	DECOURT (J)
	DOMART (A)
	DREYFUS (Gilbert)
	FAUVERT (R)
	HAMBURGER (J)
	KOURILSKY (R)
	MILLIEZ (P)
	PERRAULT (M)
	RAMBERT (P)
	THIEFFRY (St)
	TURIAF (J)
	LAROCHE
	PEQUIGNOT
	LAMOTTE
Pédiatrie	LAPLANE (R)
	MARÉE (J)
Pharmacologie	LEVY Mlle Pr. s.ch.
	CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physique Médicale	DJOURNO (A)
	GOUGEROT (L)
Physiologie	BARGETON (D) Pr. s. ch.
	PARROT (J.L.)
Phtisiologie	KREIS
Psychiâtrie	BARUK (H)
Psychiâtrie Infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	CHAPUT Mmc
	CERNEA
Puériculture	JOSEPH
Thérapeutique	PERRAULT Chargé de l'Enseignement.
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique
Chirurgicale), LE LORRIER (V) (Obstétrique),
AJDVAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique Chirurgicale	AMELINE (A)
	MENEGAUX (G)
	PATEL (J)
	SICARD (A)

MM.

Clinique Médicale	BROUET (G)
	CACHERA (R)
	GARCIN (J)
	HAGUENEAU (M)
	MARCHAL (G)
	SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	DIGONNET (L)
	EGALLE (G)
Clinique Ophtalmologique	RENART (G)
Clinique Urologique	COUVELAIRE (R)

MM.

Secrétaire de la Faculté	MOREL (J)
Secrétaire Adjoint	Mlle CHANTREUIL (F)

Conservateur	Dr. A. HAHN
Bibliothécaires	M. DOUAN (G), Mlles DUMAITRE (P), GOICHO (AM), LE NOIR (G), METIN (F)

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Femme,

A mes Parents.

A Monsieur le Professeur LACOMME

Professeur de la chaire de chirurgie
de la maternité de Port-Royal
Accoucheur des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur.

qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,
en témoignage de mon respect.

A Monsieur le Docteur Gaston CHAILLOT

qui m'a montré l'exemple et m'a
inspiré le sujet de ce travail
En témoignage de mon respect filial
et en remerciement pour son ensei-
gnement.

A Monsieur le Docteur RAVINA

dont l'enseignement m'a été si utile
avec toute ma gratitude.

A Monsieur le Docteur MUSSET

en témoignage de ma reconnaissance

A mes maîtres

Monsieur le Docteur CADENAT

Monsieur le Professeur PATEL

Monsieur le Docteur FEY

En témoignage de ma reconnaissance

A Monsieur le Docteur VEYRIERES

Monsieur le Docteur SESBOUE

Chirurgiens, qui m'ont beaucoup

appris,

en témoignage de ma reconnaissance

I N T R O D U C T I O N

--:--:--:--:--

Les grossesses abdominales à terme ne sont pas de rencontre exceptionnelle : les observations publiées en France et à l'étranger en font foi. Cependant elles sont peu enseignées : les manuels à l'usage des étudiants n'en parlent pas ou peu, signalant seulement qu'elles peuvent exister.

Ces grossesses abdominales à terme sont d'un diagnostic souvent difficile, même quand on a pu suivre leur évolution auparavant. Elles sont souvent découvertes au cours d'interventions pour leurs complications.

Rapidement nous essaierons de montrer comment elles peuvent se former et évoluer.

Mais surtout nous nous efforcerons de dégager les grands aspects cliniques, l'ensemble des symptômes qui par leur recoupement permettent de faire le diagnostic. L'importance de ce dernier est fondamentale pour poser suffisamment tôt la conduite à tenir.

Nous verrons en effet que le diagnostic entraîne la nécessité d'une intervention : la laparotomie permettant d'arriver sur l'oeuf et l'ouverture de ce dernier ayant permis d'obtenir des enfants normaux bien constitués.

Nous espérons ainsi apporter une contribution à l'étude des grossesses abdominales à terme dont la connaissance a permis de sauver des mères et leur enfant.

DEFINITION

-:-:-:-

Grossesses se développant dans la cavité abdominale elle-même, les grossesses abdominales arrivant à terme sont extrêmement rares.

Elles se divisent en deux grands groupes :

1° Les grossesses primitivement abdominales qui dès leur départ se développent en dehors de la filière génitale, l'oeuf ayant été fécondé au-delà de la trompe, dès son expulsion de l'ovaire.

2° Les grossesses se développant secondairement dans la cavité abdominale. Celles-ci sont :

- a) soit des grossesses tubaires ayant rompu la paroi de la trompe et continuant leur évolution,
- b) soit des grossesses intra-utérines tout à fait exceptionnellement devenues abdominales, là encore par perforation de la matrice, sur une cicatrice par exemple.

Dans ce groupe des grossesses secondairement abdominales, il faut que l'effraction des parois de la filière génitale se fasse d'une façon infra-clinique ou à bas bruit pour que la règle d'opérer toute grossesse tubaire rompue ou intra-utérine rompue ne soit pas appliquée.

Ces grossesses abdominales en arrivant à terme posent un problème d'énorme importance : celui de leur diagnostic.

LES CAUSES

-:-:-:-

Ce sont celles de toutes les grossesses ectopiques :

- grossesses abdominales primitives,
- grossesses tubaires devenues secondairement abdominales et il faudra alors étudier comment la rupture de la trompe peut passer cliniquement inaperçue et comment l'oeuf peut continuer son évolution.

Enfin nous devons rechercher pourquoi au cours d'une grossesse intra-utérine la matrice peut se rompre et la grossesse devenant secondairement abdominale continuer son évolution jusqu'au terme.

Nous commencerons par rechercher les causes des grossesses ectopiques.

Normalement l'oeuf est fécondé dans le tiers externe de la trompe et chemine presque toujours en gagnant l'utérus par l'ostium uterinum. Dans quelques cas cependant il sort de la trompe dans laquelle il se trouvait pour gagner l'oviducte opposé et de là pénétrer dans l'utérus. Qu'il passe par son chemin direct ou son chemin dérivé, on voit donc que "toute grossesse utérine est primitivement extra-utérine". Reste à expliquer pourquoi dans certains cas l'oeuf, au lieu de se développer dans l'utérus, se greffe dans le péritoine ou la trompe.

Une grande responsable des ectopies de l'oeuf est la pelvi-péritonite qui peut par ses adhérences modifier les rapports des organes entre eux ou produire des coudures, des torsions qui oblitérent ou rétrécissent le conduit tubaire. Cette pelvi-péritonite est incriminée depuis longtemps déjà (HECKER FRITSCH).

Des tumeurs pelviennes peuvent agir dans le même sens kystes, fibromes...

On peut penser également que l'endométriose pelvienne favoriserait la formation d'une grossesse abdominale : le tissu ectopique pourrait recevoir l'oeuf.

Les lésions de la trompe en rendant les parois tubaires moins souples et moins contractiles semblent prédisposer à la stagnation de l'oeuf.

Pour de nombreux auteurs ce sont surtout les altérations de la muqueuse qui joueraient un rôle considérable. Ainsi dans de nombreux cas de grossesses ectopiques on a relevé une salpingite catarrhale, le gonflement inflammatoire provoqué amenant des modifications suffisantes pour expliquer l'arrêt de l'oeuf. Toute la pathologie tubaire a été invoquée ou retrouvée. Rappelons pour exemple le cas de BURGER d'une grossesse tubo-ovarienne dans un kyste tubo-ovarien tuberculeux. La plupart des auteurs signalent ainsi dans les antécédents des malades atteintes de grossesse ectopique l'existence d'affections anciennes des organes génitaux. BRINDEAU et POZZI semblent le prouver d'autant plus que les grossesses ectopiques se rencontrent surtout chez les multipares et chez les femmes ayant une période plus ou moins longue de stérilité.

A côté des lésions acquises nous devons citer les malformations congénitales de la trompe. Pavillons accessoires de RICHARD et bifidité de la trompe décrite par BAUDELOQUE sont des anomalies rares rentrant peu en ligne de compte. Il n'en est peut-être pas de même de la conformation de certaines trompes appelées infantiles par FREUND et KARL ABEL. Celles-ci gardent en effet leur forme en spirale qu'elles avaient pendant la période foetale et les replis de la muqueuse qui en résultent deviennent une cause de ralentissement ou d'arrêt dans la migration de l'oeuf.

Signalons la théorie de WEBSTER qui fait de la grossesse ectopique une anomalie par atavisme. Dans l'espèce humaine il ne se produit pas de caduque au niveau de la trompe pendant la grossesse utérine tandis que chez certains animaux les muqueuses utérine et salpigiennne réagissent de la même façon. On peut supposer que cette propriété existe chez certaines femmes et qu'en même temps il existe un obstacle à la migration de l'ovule. On comprendrait alors la possibilité d'une grossesse ectopique. Cette théorie expliquerait aussi la fréquence assez grande des récidives de grossesse extra-utérine chez la même femme.

Répetons ici, théorie toute personnelle, que l'endométriose pelvienne favorise peut-être une nidation de l'oeuf au niveau du tissu ectopique, ce qui pourrait expliquer une grossesse abdominale primitive.

Recherchons pourquoi une grossesse tubaire peut rompre la trompe et continuer son évolution.

En effet, dans quelques cas rares, la gestation peut continuer jusqu'au terme. Il s'agit le plus souvent de

grossesses qui se développent dans l'intérieur du ligament large après décollement et refoulement du péritoine. Quant aux autres ce sont des grossesses abdominales secondaires qui continuent leur évolution grâce à l'effondrement de la face supérieure de la poche tubaire. Parmi les causes invoquées pour expliquer cette rupture nous signalerons les traumatismes (coït, examens médicaux). Mais le mécanisme véritable de l'effraction tubaire est dû aux villosités de l'oeuf : elles disloquent les fibres musculaires déjà distendues de la trompe. Le péritoine remplace la paroi tubaire. Cette rupture de la trompe sans rupture de l'oeuf peut se produire sans douleurs violentes, sans hémorragie importante si le pédicule vasculaire est respecté. Le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue ne sera pas toujours posé, on conseillera l'expectative et dans certains cas l'oeuf se développera dans la cavité abdominale.

Il nous reste à rechercher pourquoi une grossesse intra-utérine jusque-là normale peut, à bas bruit évitant ainsi l'intervention, se transformer en grossesse abdominale secondaire.

Avant tout on a envisagé comme cause la rupture utérine au niveau d'une cicatrice. Effraction en un ou plusieurs temps de la paroi au niveau d'une cicatrice de myomectomie sur le fond de la matrice où le placenta s'était inséré (HUBIMONT).

A l'occasion d'une observation de grossesse intra-utérine secondairement abdominale, HILLMAN et SIMON se rallient à l'opinion de SHAW. Après laparotomie et dissection soigneuse ils purent isoler un sac qui se continuait sans transition avec la paroi utérine, sac et paroi utérine circonscrivant un

orifice admettant deux doigts. L'examen histologique leur permet de voir que la zone de raccordement entre sac et utérus est constituée de fibres musculaires entremêlées de tissu fibreux et laissant à ce dernier de plus en plus d'importance pour arriver à la structure entièrement fibreuse du sac.

Rappelons que pour SHAW il peut se produire "une hernie de l'oeuf" au travers d'un point faible congénital dû à une soudure incomplète des canaux de Muller pendant la formation embryologique de l'utérus. DUDERLEIN rapporte avec une même étiologie les cas de FREUND, SCHICKELE et de HELLENDEL.

Pour RUBOWITZ et HESS il est peu probable que l'oeuf fasse hernie par un point faible congénital. Ils rapportent l'un et l'autre deux cas où la sacculation s'est produite latéralement sur la matrice. RUBOWITZ pense pour réelle une étiologie ovulaire : lors de l'implantation ou peu après, les phénomènes de lyse tissulaire résultant de l'activité du trophoblaste peuvent s'étendre au myomètre lui-même et constituer un point faible acquis à partir duquel se constituera le sac.

E T U D E C L I N I Q U E

-:-:-:-:-

Nous prendrons plusieurs observations comme exemples de grossesses abdominales arrivant à leur terme.

Ces observations illustreront les différentes sortes de grossesses abdominales : abdominales primitives ou secondaires

Puis, nous tracerons un tableau clinique afin de pouvoir réunir tous les éléments qui peuvent servir au diagnostic.

Nous allons d'abord rapporter deux cas de grossesse abdominale primitive à terme.

Avec la permission de l'un d'eux, nous reproduirons l'observation de MM. R. MUSSET et H. MICHEL, observation publiée dans le Bulletin de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens (Tome II, n° 1 de l'année 1950).

" Notre observation concerne une femme de 33 ans, habituellement bien réglée selon un cycle de 28 jours, et dans les antécédents de laquelle on relevait la notion de plusieurs avortements, le dernier suivi de curettage datant de 1938. En 1946 cette malade désormais désireuse d'avoir des enfants fut suivie par le Dr SEGUY qui pratiqua en octobre 1946 une hystérosalpingographie lipiodolée. Sur les clichés nous voyons qu'à la suite d'une forte pression qui donne une image complète du col dont les culs-de-sac glandulaires sont injectés et qui provoque surtout très rapidement un passage vasculaire, les trompes se dessinent en

" offrant à droite l'image d'un hydrosalpinx très net, à gau-
" che l'image d'une sténose serrée l'ostium abdominale ne
" laissant filtrer qu'une minime quantité de lipiodol. Sur le
" cliché de contrôle on peut constater une rétention de lipio-
" dol dans les deux trompes et un très mauvais et faible pas-
" sage péritonéal. De telles lésions permettaient évidemment
" de penser que les chances de fécondité demeuraient minimales.

" Cependant en janvier 1948, deux ans après l'hystéro-
" graphie et sans traitement particulier, une aménorrhée se-
" condaire survint, les dernières règles datant du 8 décembre
" 1947. Deux réactions biologiques consécutives révélèrent
" le caractère gravidique de l'aménorrhée. Dès la fin de jan-
" vier des symptômes apparurent. Ce furent d'abord des douleurs
" pelviennes survenant par crises et suivies de métrorragies
" distillantes. Le Dr SEGUY consulté porta le diagnostic for-
" mel de grossesse extra-utérine et conseilla une intervention
" que la malade refusa énergiquement. C'est alors que cette
" femme vint nous consulter. A l'examen, rendu très difficile
" par le psychisme de cette femme, nous pûmes constater l'exis-
" tence d'un météorisme abdominal très intense. L'utérus aug-
" menté de volume était déformé par la présence de fibrome
" sur la surface antérieure, du volume d'un oeuf de poule. Le
" Douglas était sensible mais libre, et dans le cul-de-sac
" gauche empâté nous avions la vague impression de percevoir
" l'annexe un peu volumineuse et douloureuse. Le Dr MOCQUOT
" appelé en consultation ne vit dans le syndrome aucune indi-
" cation précise à l'intervention et conseilla la temporisa-
" tion. Nous essayâmes alors d'arrêter les métrorragies au
" cours de cette grossesse par l'administration de diéthyl-
" stilboestrol associé à la progestérone. Ce traitement n'en-
" trainant aucune amélioration, l'implantation sous-cutanée
" de 200 mg de progestérone fut réalisée au deuxième mois

" de la gestation et stoppa d'une façon définitive les métror-
" ragies. Mais bientôt des accidents d'obstruction intestina-
" le se produisirent qu'on arriva cependant à juguler par les
" antispasmodiques. A partir du 4ème mois de la gestation, à
" part quelques vagues douleurs abdominales et une constipa-
" tion tenace, la grossesse sembla suivre un cours normal et
" nous assistâmes au développement progressif de ce que nous
" pensions être un utérus gravide, un peu irrégulier et défor-
" mé par des fibromes.

" Au terme de sept mois et demi, nous examinâmes la
" malade et fûmes frappés par l'aspect asymétrique et tendu
" de l'abdomen. La présentation extrêmement élevée et totale-
" ment inaccessible au toucher était franchement transversale
" et irréductible. Une radiographie abdominale confirma le
" diagnostic de présentation transverse et montrant la situa-
" tion anormalement haute du fœtus, au-dessus des crêtes ilia-
" ques, et la flexion de la colonne vertébrale dont la conca-
" vité était dirigée vers le haut. Malgré tous ces symptômes
" anormaux, le diagnostic de grossesse extra-utérine ne fut
" même pas soupçonné et nous décidâmes seulement de pratiquer
" une opération césarienne bien avant terme car nous redou-
" tions un déclenchement prématuré du travail et une prociden-
" ce du cordon.

" Nous intervînmes ainsi le 19 septembre 1948 au terme
" d'un peu plus de 8 mois, sous anesthésie au cyclopropane et
" perfusion de sang continue. Après incision médiane sous-om-
" bilicale, notre première surprise fut de constater les dif-
" ficultés que nous éprouvions à repérer et inciser le péri-
" toine. Patiemment nous réussîmes cependant à pénétrer dans
" la cavité péritonéale très cloisonnée et à libérer et résè-
" quer un épiploon qui présentait un aspect extraordinaire.

" Presque entièrement dépourvu de graisse, il était en effet
" constitué par un lacis, un réseau d'énormes vaisseaux san-
" guins qui partant du colon transverse, allaient se greffer
" dans le fond du pelvis. Après avoir élargi notre incision
" bien au-dessus de l'ombilic et posé d'innombrables ligatu-
" res, nous pûmes cependant libérer la face antérieure d'un
" très volumineux faux-sac qui nous fit dès lors porter le
" diagnostic de grossesse extra-utérine. Nous incisâmes le
" sac en une zone avasculaire pour extraire une fille pesant
" 3 kg 500, criant aussitôt et magnifiquement constituée, exemp-
" te de toute anomalie.

" L'exploration de l'abdomen était dès lors plus facile
" et nous pûmes constater que l'utérus occupait le pelvis. Il
" portait sur sa face antérieure les greffes des vaisseaux
" épiploïques et deux volumineux myomes. L'annexe droite était
" formée par un bon ovaire et un petit hydrosalpinx. L'ovaire
" gauche était bien visible, par contre la trompe était plus
" difficile à identifier car étalée sur le sac d'une grossesse
" abdominale, sac constitué par les débris épiploïques, le
" mésocolon pelvien et descendant et des adhérences indescrip-
" tibles au péritoine pariétal, aux anses grêles et à la face
" postérieure de l'utérus.

" Une myomectomie des fibromes fut pratiquée en premier
" pour donner du jour, puis nous liâmes ensuite dans un but
" hémostatique le pédicule infundibulopelvien gauche et l'artè-
" re utérine à la corne utérine gauche. Patiemment et prudem-
" ment en liant d'innombrables vaisseaux néoformés, nous réus-
" sîmes alors à disséquer entièrement le faux-sac et nous pû-
" mes l'enlever avec le placenta en totalité. Après cette ex-
" tirpation il nous restait assez d'étoffe pour péritoniser
" convenablement les mésocolons: les anses grêles étaient en

" bon état et il persistait seulement une zone saignante sur
" la face postérieure de l'utérus qui nous obligea à placer
" une lame de caoutchouc et une mèche. La paroi fut refaite
" aux crins perdus.

" En examinant la pièce, nous vîmes que cette grosseur
" extra-utérine était bien une grosseur abdominale puisque
" nous pouvions reconnaître l'ovaire sain et la trompe étirée
" mais non distendue et nous nous sommes rendus compte que
" l'épaisseur du faux-sac, très irrégulier mais d'une texture
" solide, nous avait permis de réaliser une intervention à la
" fois radicale puisque nous avons extirper la totalité du
" placenta, et conservatrice puisque la malade gardait un uté-
" rus débarrassé de ses fibromes et une annexe droite.

" Actuellement la guérison est complète et la malade est
" venue nous confier son intention de subir une intervention
" plastique sur sa trompe restante, car elle espère bien pou-
" voir ainsi accoucher d'un second enfant. "

Cette remarquable observation démontre expérimentale-
ment l'existence de grossesses abdominales primitives, la dif-
ficulté d'un diagnostic, la complication du traitement.

La rejoignant, l'observation de H. FLEURENT, publiée
par le Bulletin de Gynécologie-Obstétrique (Tome III n°2 en
1951), nous apprend les faits suivants :

Il s'agit d'une 4ème pare âgée de 28 ans, les trois
grossesses antérieures ayant été normales. Au 4ème mois, à
l'examen on trouve une grossesse de 5 mois avec une tumeur
à côté de l'utérus. Elle a la taille d'une mandarine et on la
prend pour un noyau fibromateux. On décide d'attendre et on
recommande à la femme de se représenter régulièrement chaque

mois. Mais elle ne revient que deux semaines avant terme pour des crises répétées d'obstruction intestinale. Sans que rien ne les annonce, ces crises surviennent subitement avec des vomissements, arrêt des gaz et des selles, et disparaissent après quelques heures pour revenir.

A l'examen on trouve la malade un peu desséchée par les fréquents vomissements, mais en bon état général. L'enfant est en présentation céphalique. A gauche vers la fosse iliaque se trouve la tumeur sentie au 4ème mois et dans laquelle on reconnaît l'utérus. La palpation très facile des membres de l'enfant, leur grande mobilité ainsi que le son très fort des bruits du coeur confirment le diagnostic : grossesse ectopique avec enfant vivant.

Laparotomie sus-puïenne médiane. Dès l'ouverture de l'abdomen se présente à gauche l'utérus et les annexes sans aucune lésion ni adhérence. La partie médiane de la cavité abdominale est couverte par une fine membrane transparente qui s'étend depuis le colon transverse jusqu'au bassin. Sous cette membrane on voit bouger l'enfant. Sur la poche des eaux transparentes se trouvent trois brides qui sont tendues du colon transverse au péritoine du bassin. La poche se rompt sous la pression du doigt; l'enfant sorti crie aussitôt. Il est bien formé mesure 49cm et pèse 2 kg 600. Le placenta est inséré dans le Douglas et sur le feuillet postérieur du ligament large à droite sans aucune relation avec les annexes. L'essai prudent pour le décoller provoque une hémorragie. On place alors un tamponnement de Miculicz et on ferme l'abdomen. Suites opératoires normales.

Il s'agit dans ce cas d'une grossesse abdominale primitive avec implantation de l'ovule fécondé sur le péritoine

du Douglas. Les annexes n'ont aucun contact avec les membranes foetales ni avec le placenta. Dans le bassin il n'y a pas d'adhérences ni de restes de sang coagulé qui permettraient d'admettre une nidation primitive dans une trompe avec expulsion et transplantation secondaire sur le péritoine.

Six ans plus tard, l'enfant revu était bien portant.

Après ces descriptions de grossesses abdominales primitives, nous allons voir comment se sont présentés deux cas de " grossesse abdominale secondaire à une rupture tubaire ". Nous avons pu assister à l'intervention concluant une grossesse abdominale secondaire à terme chez une malade de G. CHAILLOT dont voici l'observation:

" Mme X présumée enceinte de 5 mois d'après la date
" de ses dernières règles nous fait appeler pour douleurs abdominales et croit-elle menace d'avortement. L'examen de la
" malade confirme l'état de grossesse. Le toucher vaginal montre que la matrice est inaccessible parce que remontée dans
" le grand bassin par une masse ayant envahi le Douglas, repoussé la paroi vaginale postérieure et ne permettant pas
" d'atteindre le col de l'utérus. La malade est fatiguée, très amaigrie, elle présente une atrophie musculaire marquée, surtout aux membres inférieurs. Toutefois elle est apyrétique
" et n'a pas de signes d'hémorragie interne.

" Dans ces conditions on la traite par spasmalgine et
" repos au lit jusqu'à disparition des douleurs. Par la suite
" la malade reste à la chambre et surtout au lit pour le reste
" de son temps de grossesse.

" Vers la fin du 9ème mois se déclenche un faux travail tout de suite pris en considération et la malade entre en clinique. La masse perçue par le vagin est devenue considérable et le col de la matrice est toujours introuvable.

" A l'ouverture de l'abdomen la situation est fort confuse avec beaucoup d'adhérences recouvrant la masse des basses anses intestinales, de l'oeuf, de la matrice et des annexes. Une partie de l'oeuf recouvert de péritoine semblant avasculaire et ne contenant aucun organe à ménager est ouverte et par là on extrait un enfant de 2kg850. L'oeuf a repoussé en avant le ligament large droit, l'a distendu et s'est accolé intimement à lui. Nous avons la chance de reconnaître l'uretère repoussé en avant de cette masse qu'il contourne et de le ménager.

" Sans doute, à la fin du 5ème mois de gestation, l'oeuf s'est rompu quand nous avons été appelé, la poche de la trompe ayant cédé. La partie rompue étant avasculaire et le placenta n'ayant pas subi de décollement notable, la malade a pu être gardée en observation. A l'intervention nous trouvons le placenta greffé au-delà de sa nidation initiale sur le péritoine et sur certaines anses intestinales. La trompe gauche est le siège d'un hydropyosalpinx. Elle forme une poche dont la contenance peut être comparée à celle d'une sphère de 12cm de diamètre.

" Nous pensons que l'état de distension acquis aussi avant la grossesse pour la trompe droite lui a permis de tolérer 5 mois le développement de l'oeuf sans se rompre dans le délai habituel d'une grossesse tubaire. Au bout de 5 mois, l'oeuf s'est fissuré au point où il était recouvert seulement

" de la mince paroi de la trompe ectasiée et du péritoine. Le
" placenta en s'agrandissant s'est greffé sur le péritoine pro-
" che et sur des anses grêles d'où il a pu être détaché avec
" temps et patience. Nous n'avons pas trouvé de liquide amnio-
" tique, ce dernier a dû être résorbé jour après jour par le
" péritoine, l'oeuf étant de fait resté ouvert.

" L'intervention s'est terminée par l'ablation en bloc
" des annexes, de la matrice et du placenta, ce dernier malgré
" ses multiples implantations. La malade étant très fatiguée
" et ne semblant pas devoir supporter un temps plus long d'opé-
" ration, nous avons cru sage de ne pas procéder aux multiples
" ligatures des pédicules et autres vaisseaux pincés et nous
" les avons laissés sous forcipressure. Le ventre a été refer-
" mé en ménageant un orifice laissant passer les branches des
" pinces et un drainage par gaze. Notre malade n'avait presque
" pas perdu de sang au cours de l'intervention.

" Au bout de 48 heures nous n'avons rien trouvé dans le
" pansement qui était demeuré sec et les pinces ont été reti-
" rées. Le drainage n'a pas été continué.

" Notre opérée est restée très fatiguée pendant 8 jours
" et présenta une température de 38° à 38°5. Par précaution on
" a pratiqué un traitement par la pénicilline qui n'a pas amené
" de baisse de température, cette dernière étant due, pensons-
" nous, non à l'infection mais à d'importantes résorptions. Pas-
" sé un délai de 10 jours, la température est revenue sans trai-
" tement spécial à la normale. La malade est sortie de la cli-
" nique au bout de 4 semaines.

" Elle s'est remise progressivement à engraisser, elle
" a refait ses muscles et se trouvait florissante 3 à 4 mois

" après son opération. L'enfant est actuellement âgé de 6 ans
" et se porte bien."

Voici maintenant l'observation de G. DRUMEL :

" Il s'agit d'une femme enceinte de 9 mois qui se dit
" en travail depuis la veille. Cette femme qui paraît avoir
" 35 ans est bien constituée mais paraît amaigrie et épuisée;
" elle n'a jamais eu d'enfant. Le fond utérin correspond à une
" grossesse à terme, les bruits du coeur sont bons, la présen-
" tation en O.I.G. Les douleurs du travail sont réelles, mais
" on distingue mal les contractions utérines. Au toucher on
" se rend compte immédiatement d'une tête engagée profondément
" dans l'excavation, les sutures et fontanelles nettement per-
" ceptibles. Mais les doigts cherchent en vain un orifice cer-
" vical. Au centre et un peu en avant on sent un petit bourre-
" let demi-circulaire derrière lequel une plaque de la grandeur
" d'une pièce d'un franc est extrêmement mince. Nous croyons
" être en présence d'un col complètement effacé et avec un
" petit orifice agglutiné ne se laissant pas dilater. Sans ma-
" noeuvre instrumentale nous dilatons progressivement au doigt
" et arrivons assez aisément sur une poche des eaux et la dé-
" collons sans l'ouvrir. Nous avons ainsi une dilatation de
" 3cm dans laquelle vient bomber la poche: les bords en sont
" minces et scléreux. Nous renonçons à l'intervention par voie
" abdominale précédemment envisagée en raison de la dilatation
" obtenue, de l'engagement marqué de la présentation et de
" l'état général de la patiente.

" Nous nous croyons en présence d'une atonie utérine
" secondaire à une sténose de l'orifice cervical et pensons
" pouvoir mener à bien l'accouchement par voie vaginale. Et
" de fait, la dilatation progressera lentement et nous la
" trouverons pratiquement complète 6 heures après.

" Après avoir rompu la poche, aucune contraction
" utérine n'étant perceptible et les quelques efforts d'expul-
" sion restant vains, nous décidons une application de forceps
" dans l'excavation, ce qui est fait sans difficulté et nous
" donne un enfant de sexe masculin bien vivant, parfaitement
" constitué et pesant 3kg400. La manoeuvre d'extraction n'a
" été accompagnée ni suivie d'aucune perte de sang. Cependant
" l'abdomen est absolument flasque sans contour utérin palpa-
" ble. Le long du cordon ombilical, la main pénètre aisément
" dans un orifice régulièrement arrondi à bord mince et sclé-
" reux, sauf en un point antérieur où l'on palpe d'arrière en
" avant le col utérin petit, surmonté d'un corps utérin d'une
" dizaine de cm de long et intimement plaqué par sa face pos-
" térieure au sac membraneux. Celui-ci se développe dans toute
" la cavité abdominale, vient au contact de la paroi antérieu-
" re. Le cordon ombilical s'implante au centre d'un placenta
" mince, largement étalé sur toute la paroi postérieure du sac.

" Il s'agit donc bien d'une grossesse abdominale
" avec enfant vivant accouché par le Douglas. Ceci ne nous
" laisse guère qu'un espoir bien minime de sauver la mère et
" de fait malgré l'absence de toute hémorragie externe ou in-
" terne et le traitement du choc immédiatement institué, celui-
" ci s'installe progressivement et la mort survient dans les
" quelques heures qui suivent.

" L'autopsie pratiquée ultérieurement nous montre
" qu'il s'agit de l'évolution d'une grossesse développée à
" gauche dans le ligament large à la manière d'un énorme kys-
" te. La paroi du sac ainsi formé peut avoir 1cm d'épaisseur
" elle est parfaitement lisse sur sa surface antérieure tandis
" que sa face postérieure péritonisée également et libre dans
" sa plus grande surface est parcourue de gros vaisseaux qui

" partent tous de l'excavation pelvienne : elle a servi de base d'implantation placentaire. Le péritoine est intact partout et il n'y a aucune trace d'hémorragie. Dans le petit bassin le repli péritonéal du ligament large a été décollé jusqu'au détroit supérieur dans sa partie postérieure et porte l'ovaire.

" Il s'agit donc d'une grossesse tubaire incomplètement rompue dans le ligament large. L'absence de rupture des membranes a permis le développement normal du fœtus jusqu'à terme."

Pour achever cette étude d'observations de grossesses abdominales, nous voulons rapporter maintenant un cas de grossesse abdominale secondaire à une rupture utérine. Ainsi aurons-nous eu des documents suivant chaque modalité possible.

Cette observation est celle de MM. G. et P. HUBIMONT

" La malade a été réglée à 12 ans, elle s'est mariée au début de 1943 et après une grossesse normale, elle accouche d'une fille à terme le 21 décembre 1943. Après cette grossesse les menstruations reprennent irrégulièrement, plus abondantes, mais avec de nouvelles périodes d'aménorrhée. Bien qu'aucune mesure anticonceptionnelle ne soit prise, il ne survient plus de grossesse.

" Au début de 1949, la patiente présente des ménorragies et des douleurs lombaires. On lui découvre l'existence d'un myome intra-mural fundique et une rétroversion utérine. Le 24 janvier 1949, elle subit un curettage utérin qui ramène une muqueuse abondante, et un temps opératoire comprenant une myomectomie fundique et une ligamentopexie

" selon DOLERIS. Les suites opératoires sont banales. Au début
" de septembre 1950 la patiente a une dernière perte menstruel-
" le, puis à nouveau une aménorrhée.

" Elle consulte le 24 janvier 1951 parce que les 5, 6
" et 20 janvier elle a ressenti des tendances lipothymiques et
" s'est même évanouie. L'examen général ne montre rien de par-
" ticulier et le toucher vaginal permet de diagnostiquer une
" grossesse au début, certainement intra-utérine, correspon-
" dant au terme de 4 mois calculé à partir des dernières rè-
" gles.

" La grossesse évolue normalement. La patiente perçoit
" les mouvements foetaux vers la mi-mars. Ces mouvements sont
" de faible amplitude et vont plutôt en décroissant au point
" d'inquiéter la patiente. Les examens cliniques successifs
" montrent que le fœtus grandit normalement, que les bruits
" du cœur foetal sont aisément et régulièrement audibles.
" Vers le 7ème mois le fœtus est en présentation du siège.
" Un toucher vaginal permet d'accéder facilement à la présen-
" tation.

" Aux environs du terme, la situation semble se présen-
" ter très favorablement : l'enfant est de volume normal, en
" présentation du siège, les bruits du cœur sont bons. Le len-
" demain à la suite d'une longue promenade, la patiente est
" prise d'un malaise, elle se sent lasse et nauséuse. Elle
" dîne avec peu d'appétit, et au moment de se mettre au lit,
" elle ressent une gêne dans l'hypochondre droit. Après une
" accalmie de quelques heures, elle ressent brusquement une
" violente douleur dorsale et scapulaire accompagnée de nau-
" sées puis de vomissements. Elle est dès ce moment schokée
" et ne sent plus bouger son enfant.

" Le 30 mai ces symptômes s'aggravent : parmi les
" signes que l'on peut recueillir en dehors de ceux du choc,
" il existe du hoquet entre les périodes de vomissements et
" un iléus avec arrêt des matières et des gaz. Cependant il
" n'y a pas de contracture abdominale, l'émission des urines
" n'est pas troublée. Au toucher vaginal, il n'y a pas de si-
" gnes d'un début de travail, les culs-de-sac vaginaux sont
" entièrement libres, il n'y a pas de pertes. Le pronostic
" paraît extrêmement sombre. Le diagnostic précis passe au se-
" cond plan et on a le sentiment même qu'une intervention,
" pour autant que la nature exacte de l'affection la justifiât,
" accentuerait le choc au point de le rendre irréversible.

" A l'aube du 31 mai, soit plus de 48 heures après
" le début de l'affection, l'état général s'améliore, les dou-
" leurs s'atténuent, la patiente présente encore des nausées,
" du hoquet et parfois des vomissements. L'aspiration duodéna-
" le a ramené un liquide d'abord noirâtre, ressemblant aux vo-
" missements signalés plus haut, puis le liquide aspiré se cla-
" rifie et diminue en quantité. Une radiographie du thorax per-
" met d'exclure toute affection sus-diaphragmatique.

" La patiente est réexaminée avec grand soin le 3
" juin. La transformation de son aspect est spectaculaire, le
" pouls bien frappé. L'abdomen présente une augmentation de
" volume correspondant au terme de la grossesse. Il existe une
" cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale. A la pal-
" pation on décèle l'existence d'une masse dont la consistance
" et le volume correspondent à un utérus à terme. Il existe ce-
" pendant une sensation pâteuse dans les flanes. Le cadre coli-
" que est sonore, il existe toujours un certain ballonnement
" épigastrique et à l'auscultation on décèle un péristaltisme
" certain.

" Au toucher vaginal, le col utérin est long, fermé
" et le segment inférieur paraît mal formé. Il n'y a pas de
" pertes vaginales. On ne parle pas de présentation au détroit
" supérieur.

" Subjectivement, la patiente se sent beaucoup mieux.
" Elle ne ressent plus de douleurs sinon un peu de gêne épi-
" gastrique. Elle se sent affaiblie mais témoigne d'une grande
" euphorie. Il a été possible de la réhydrater per os, l'aspi-
" ration duodénale a pu être interrompue, elle a émis des gaz
" depuis le matin et la reprise du transit a entraîné le soir
" l'émission d'une selle. Il persiste un peu de hoquet.

" Devant l'amélioration du tableau clinique nous avons
" décidé de nous en tenir à l'expectative et d'attendre le dé-
" clenchement spontané du travail. Deux semaines s'étant écou-
" lées depuis l'exitus foetal, comme aucun signe prémonitoire
" de l'accouchement spontané ne permet d'espérer de lui-ci, nous
" décidons de pratiquer une perfusion d'extrait post-hypophy-
" saire. On fait une perfusion de 500 cm³ de sérum glucosé avec
" 10 unités d'extrait post-hypophysaire puis, une seconde per-
" fusion toujours sans résultat.

" A ce moment, le diagnostic exact de l'affection nous
" apparut. Seule une grossesse abdominale pouvait avoir donné,
" à la suite du décollement placentaire, le drame abdominal
" auquel nous avons assisté et expliquer en même temps l'échec
" des tentatives faites pour déclencher le travail.

" Pour objectiver ce diagnostic, nous avons pratiqué
" une hystérogaphie lipiodolée. Après l'injection de 50 ml
" de lipiodol à 40%, à la limite inférieure droite de l'image
" utérine apparaît une image nette d'opécification tubaire.

" D'autre part, la position de la sonde intra-utérine montre
" que cette dernière n'est certainement pas dans la cavité uté-
" rine. Celle-ci est inclinée vers la droite et la position de
" la sonde objective une perte de substance au niveau de la
" corne utérine gauche. Au vu de cette radiographie, le diag-
" nostic n'est donc plus celui de grossesse abdominale, mais
" celui de grossesse interstitielle ou angulaire secondaire-
" ment abdominale. Il existe un large hiatus entre le fœtus
" et l'ombre du lipiodol, ce qui permet d'exclure une déforma-
" tion sacculaire de l'utérus.

" Le 3 juillet nous pratiquons l'intervention sui-
" vante : laparotomie médiane sous-ombilicale avec désinsertion
" des ligaments ronds primitivement fixés à la paroi. A l'ouver-
" ture de la cavité péritonéale, on se trouve devant une mas-
" se constituée par le grand épiploon au travers duquel on de-
" vine par transparence l'hématome intra-abdominal. On incise
" l'épiploon et on découvre le plan sous-jacent qui est consti-
" tué par les membranes ovulaires et la placenta. L'oeuf occu-
" pe une cavité limitée en avant par le grand épiploon, sur le
" côté droit par les anses grêles agglutinées et le mésentère,
" sur le côté gauche par le colon descendant et son méso, en
" bas par le colon sigmoïde et par l'utérus, en haut par le
" colon transverse et son méso. L'insertion placentaire se trou-
" ve en majorité sur le grand épiploon, la présence de l'hémato-
" me rétro-placentaire constitue un excellent plan de clivage.
" Pour faciliter la dissociation des membranes ovulaires, on
" incise le placenta, et au travers de la brèche ainsi créée,
" on extrait un enfant macéré, de sexe masculin, pesant 3kg500.
" On achève la dissection du sac ovulaire. L'inspection des
" organes génitaux internes montre qu'il serait illusoire de
" tenter une intervention conservatrice : toute la face pos-
" térieure de l'utérus a disparu ainsi que l'annexe et le
" paramètre gauches.

" En partant de la droite, on fait une hystérectomie
" totale selon la technique de KELLY. Pour libérer la pièce
" d'exérèse, il est nécessaire de sacrifier quelques franges
" épiploïques. On termine l'intervention classiquement par la
" fermeture du vagin et la ligature des pédicules. La périto-
" nisation est faite en ramenant au-dessus du drainage vaginal
" laissé par mesure de précaution l'anse recto-sigmoïdienne
" qui est alors suturée au bord libre du péritoine rétro-vési-
" cal.

" Les suites opératoires ont été banales et la patiente
" s'est levée le 5ème jour sans incidents.

" La pièce opératoire montre que la grossesse primi-
" tivement développée dans l'utérus a effondré la paroi de ce
" dernier précisément au niveau où, un an auparavant, on avait
" procédé à l'ablation d'un myome intra-mural.

" L'examen anatomo-pathologique microscopique sur un
" fragment prélevé à la jonction entre le tissu utérin et les
" adhérences épiploïques montre : une interruption nette de
" la paroi utérine qui se continue sans transition par du tis-
" su conjonctif cicatriciel puis par du tissu épiploïque. Les
" villosités choriales sont insérées sur la paroi utérine et
" sur la cicatrice. Il ne s'agit en aucune manière d'une sac-
" culation de la paroi utérine."

Après l'exposé de ces observations illustrant plusieurs modalités de grossesses abdominales arrivant au terme ou à son voisinage, il devient possible de tracer un vaste tableau clinique.

Nous débordons du sujet de cette thèse en ne décrivant pas seulement le tableau des grossesses abdominales arrivées à leur terme, mais la clinique de toute leur histoire, pour pouvoir souligner tous les éléments du diagnostic : ces éléments en effet ne sont pas tous présents au 9ème mois, mais s'étagent sur toute la durée de la grossesse.

La grossesse ectopique qui évolue sans complication est extrêmement rare. Dans quelques cas cependant la grossesse évolue comme une grossesse normale. On peut être appelé à pratiquer l'examen dans des conditions différentes suivant que la femme est enceinte de plus ou de moins de 5 mois.

I) Grossesse de moins de cinq mois :

On est en présence d'une femme qui le plus souvent révèle soit un passé infectieux génital, génito-pelvien ou pelvien, soit une période de stérilité plus ou moins longue.

Elle a constaté la disparition d'une ou de plusieurs périodes menstruelles. Mais en l'interrogeant avec soin on apprend presque toujours que la cessation de l'écoulement

sanguin n'a pas été absolue. Au moment correspondant au flux menstruel il s'est écoulé un peu de sang. Dans d'autres cas la perte sanguine s'est produite dans l'intervalle séparant les dates habituelles: souvent alors elle a été interprétée comme un retard. Ces écoulements sanguins ont une importance clinique considérable. Le plus souvent il s'agit de pertes noirâtres, couleur marc de café ou sépia, peu abondantes. Dans d'autres cas le sang est rouge comme celui des règles ordinaires. En même temps que cet écoulement, la femme peut expulser des débris de membranes plus ou moins volumineux qui proviennent de la caduque utérine.

Souvent et d'une façon concomitante à ces écoulements, la femme accuse diverses douleurs. Ces douleurs siègent dans la partie inférieure de l'abdomen, avec parfois prédominance d'un seul côté. Elles irradient dans les lombes, le malade peut se plaindre "des reins", ou vers le haut des cuisses. Ces douleurs surviennent quelquefois par accès ressemblant aux coliques appendiculaires.

Les pertes de sang peuvent manquer au tableau et les douleurs être isolées. Parfois c'est plutôt un tableau infectieux qui est présenté, les douleurs survenant accompagnées de poussées de température.

Parfois l'interrogatoire révèle l'existence de phénomènes dus à la compression des organes voisins :

- troubles vésicaux le plus souvent à type de pollakiurie, de dysurie; dans certains cas les troubles urinaires ont un écho rénal, des signes de compression et d'infection pouvant se marier,

- troubles intestinaux : constipation ou crises diarrhéiques; des malades se plaignent d'être "souvent ballonnées" ou révèlent des épisodes de transit intestinal douloureux.

Si l'on examine la femme, on trouve par le toucher bimanuel deux tumeurs accolées. L'une est constituée par l'utérus. Le col est légèrement ramolli, mais moins que normalement, le corps est augmenté de volume, mais moins que ne le laisserait présager l'âge de la grossesse, et refoulé en avant et en haut ou latéralement. Sa consistance est plus dure que celle d'un utérus gravide. La tumeur adjacente constituée par le sac foetal a un volume variable suivant l'âge de la grossesse. Elle peut envahir le cul-de-sac latéral et le Douglas. Elle est rénitente, peu douloureuse et donne la sensation d'une salpingite plus ou moins volumineuse.

2) Grossesse de plus de cinq mois :

S'ajoute alors aux signes fonctionnels précédents la sensation des mouvements actifs du fœtus perçus par la femme. La femme paraît souvent fatiguée, les troubles de compression s'accroissent lorsqu'ils existaient ou apparaissent.

A l'examen souvent, l'abdomen contient une tumeur d'aspect irrégulier qui ne ressemble pas à un utérus gravide. (Ce dernier est en général ovoïde à grand axe vertical). Le sac ectopique au contraire n'a pas une forme bien limitée.

Au palper on constate que la tumeur est immobilisée à la paroi, son contour n'est pas absolument net comme celui de l'utérus gravide. Sa consistance est assez résistante, mais elle ne se modifie pas pendant l'examen car la poche ne se

contracte pas comme le fait le muscle utérin. A travers la paroi on sent les parties foetales, et le plus souvent on peut reconnaître la présentation et la position du fœtus. Souvent même cette exploration est rendue plus facile, le fœtus semblant très superficiel. Il ne faut pas cependant attendre obligatoirement ce signe, le sac pouvant être recouvert d'épaisses adhérences. A côté de cette masse on sentirait parfois " une autre tumeur plus petite, plus régulière plus ferme, qui peut se contracter sous la main, constituée par l'utérus augmenté de volume" (BRINDEAU).

L'auscultation ne révèle rien de particulier.

Le toucher vaginal combiné au palper permet souvent de reconnaître deux tumeurs : l'utérus et le sac foetal.

Le col quand on peut le trouver paraît moins ramolli que normalement au cours d'une grossesse. Le plus souvent il est rejeté en avant et en haut. Le corps utérin petit, absolument pas en rapport avec la grossesse serait trouvé s'il était perçu déjeté en avant et en haut le plus souvent. Parfois col et corps sont déviés latéralement. Quant au sac foetal il plonge parfois dans l'excavation, pouvant occuper le Douglas. Si la poche est mince on pourra sentir facilement le fœtus.

Dans certains cas rares, le sac foetal ne se développe pas en arrière de l'utérus mais en avant : les rapports des deux tumeurs ne sont plus alors ceux indiqués. C'est dans ces cas là que les signes urinaires dûs à la compression sont les plus fréquents, les plus marqués.

Souvent on ne pourra percevoir ni col ni corps utérin trop haut rejetés. Si la poche est épaisse et surtout si le placenta s'insère à son pôle inférieur, on ne percevra rien de caractéristique et la sensation fournie rappellera celle qu'on obtient quand on examine une tumeur pelvienne assez molle.

Le toucher rectal peut rendre des services en renseignant sur la situation de la tumeur par rapport à la paroi postérieure de l'excavation.

Le catéthérisme vésical montrera quel est le siège de la vessie.

3) A l'arrivée du terme ou aux environs les signes fonctionnels et les résultats de l'examen seront les mêmes. Mais vont se produire alors des phénomènes de faux-travail : la femme se plaint de douleurs intermittentes ressemblant absolument aux douleurs de l'accouchement. En même temps survient un écoulement sanguin par le vagin. C'est à ce moment au plus tard que devra être porté le diagnostic.

Evolution spontanée : ce faux-travail ne servira à rien la matrice se contractant à vide. L'enfant se trouvant hors de la filière génitale n'est propulsé par rien, n'a aucune issue ouverte devant lui. Rapidement il meurt s'il n'était pas mort déjà depuis peu et sa rétention commence.

Quand le foetus est mort, les phénomènes sympathiques de la grossesse subissent une régression, l'abdomen diminue de volume et les règles se rétablissent au bout de deux mois. La rétention peut durer des années sans produire de complication. On voit alors survenir une altération spéciale

décrite sous le nom d'infiltration calcaire. "Cette infiltration peut se localiser au fœtus qui devient dur comme une pierre : c'est le lithopédion. Dans d'autres cas le sac foetal seul est envahi par les sels calcaires et le fœtus peut conserver son aspect normal malgré une très longue période de rétention. Enfin dans une troisième évolution fœtus et sac foetal subissent l'infiltration calcaire. La durée de rétention est alors souvent très longue, et l'on cite partout l'observation de SAPPEY où le fœtus fut retenu pendant 56 ans sans accident." (BRINDEAU)

Mais nous devons dire aussitôt qu'il ne faut pas compter sur cette rétention aseptique : presque toujours il se produit des phénomènes d'infection qui commandent l'intervention. En effet, le sac foetal étant en rapport intime avec l'intestin est facilement envahi par les germes du tractus digestif.

Cette infection est très fréquente dans la rétention du fœtus ectopique et l'on doit toujours la craindre. Une fois déclarée elle se développe très vite dans cette poche qui ne contient que des tissus morts et la putréfaction ne tarde pas à se produire. L'infection se continuant, on assiste à tous les signes d'une infection générale et la femme meurt si on intervient pas de septicémie plus ou moins aiguë. Parfois les microbes gagnent les lymphatiques péritonéaux : il se produit une péritonite généralisée rapidement mortelle. Plus rarement, sous l'influence de l'inflammation de la poche, il peut se produire des adhérences entre ses parois et les organes voisins. Quand la suppuration est établie, le contenu du kyste peut se vider à travers une fistule faisant communiquer le kyste avec un viscère immédiat. On voit alors le fœtus s'éliminer plus ou moins lentement et

il peut en résulter des fistules interminables. D'après les recherches de PARRY, on voit que l'ouverture se fait le plus souvent dans l'intestin puis au niveau de la paroi abdominale. L'élimination par la vessie et le vagin est beaucoup plus rare. On a même signalé quelques cas d'ouverture dans l'utérus. (Il s'agissait peut-être dans ces derniers cas de grossesses abdominales secondaires à une rupture utérine).

Après ce rapide tableau clinique on comprend l'importance qu'il y a de porter suffisamment tôt le diagnostic. Grâce à ce dernier on pourra mettre la femme au repos, intervenir par voie abdominale suffisamment tôt pour obtenir un enfant vivant avant les phénomènes de faux-travail qui ne servent à rien. On évitera ainsi de vouloir passer par voie basse comme on a pu le faire dans certains cas où le fœtus occupant le Douglas et la paroi du sac étant particulièrement mince on croyait avoir à faire à une grossesse normale avec un col complètement effacé et dilaté, les douleurs du faux travail ayant fait croire que l'accouchement avait débuté.

LES ELEMENTS DU DIAGNOSTIC

--:--:--:--:--

La rareté des grossesses abdominales évoluant sans complications spéciales fait oublier leur existence.

On doit retenir que très souvent on est en présence de femmes ayant un passé génito-pelvien infectieux, ou ayant présenté une période de stérilité plus ou moins longue.

L'histoire de la grossesse révèle des phénomènes douloureux et des hémorragies survenant à une date plus ou moins avancée de la gestation. Pouvant s'associer à eux, l'apparition de troubles de compression prend une grande importance. De plus la patiente a souvent présenté tout au long de sa grossesse un malaise ou une incapacité générale que l'on arrive mal à justifier.

L'examen révèle plusieurs anomalies :

- coexistence au palper, quand on peut la mettre en évidence de deux tumeurs,

- positions anormales du foetus qui parfois paraît plus superficiellement placé que normalement; c'est ici que nous pouvons signaler que l'on peut s'aider de la radiographie après injection prudente d'un produit opaque dans la matrice quand le diagnostic est suspecté : cet examen apporte la preuve de l'ectopie du foetus,

- non perception des contractions utérines, la main étant posée au contact de la masse abdominale.

Au toucher vaginal, nouvelles anomalies : le col utérin est élevé et dévié, parfois même on peut le percevoir le doigt rencontrant uniquement une masse pelvienne plus ou moins molle. Parfois on perçoit nettement la présence du fœtus dans le Douglas.

Chacun de ces signes peut manquer mais l'ensemble de plusieurs d'entre eux permettra de conclure à l'existence d'une grossesse abdominale et de décider ainsi à l'intervention chirurgicale.

LE TRAITEMENT

-:-:-:-

Il ne fait pas de doute qu'une fois posé le diagnostic de grossesse abdominale aux environs du terme, le seul traitement à appliquer est un traitement chirurgical.

Nous avons alors deux cas à considérer : le foetus peut être vivant ou mort.

I.- LE FOETUS EST VIVANT

Si les phénomènes de faux travail ont déjà commencé, il faut intervenir immédiatement le foetus pouvant mourir d'un instant à l'autre.

Si nous sommes un peu avant la fin du 9ème mois, il ne convient pas d'attendre le début du faux travail : les multiples observations nous apprennent que l'enfant très souvent peut mourir dès le début des phénomènes douloureux. La grossesse étant arrivée au début du 9ème mois et l'enfant bien vivant, la malade sera préparée pendant quelques jours et l'on pourra opérer dans les meilleures conditions possibles. C'est dans ces conditions : le diagnostic étant porté tôt, la malade s'étant bien reposée, puis ayant été bien préparée du point de vue général au début du 9ème mois, que l'intervention donne les plus beaux succès.

Schématiquement, l'intervention comprend les temps principaux suivants :

- l'incision,
- l'extraction du fœtus,
- le traitement du placenta,
- le traitement du sac.

A tous ces temps éventuellement peut s'ajouter la cure de lésions génitales diverses, fréquentes nous l'avons vu : fibrome, hydro ou pyosalpinx, etc...

L'incision

Au début de l'ère chirurgicale on a proposé différentes incisions. L'accord s'est fait maintenant et l'on pratiquera toujours une médiane sous-ombilicale. SIPPEL a proposé de compléter cette incision par une autre transversale, mais la paroi paraît trop délabrée par ce procédé.

L'essentiel est de faire une grande incision pour y voir clair.

L'abdomen étant ouvert on explorera attentivement la paroi du sac pour se rendre compte si une anse intestinale ne vient pas passer en écharpe au-devant de la tumeur. En effet, les rapports normaux des organes sont bouleversés. Rappelons le cas de G. CHAILLOT où un uretère contournait par en avant le sac fœtal.

L'extraction du fœtus

Le sac est incisé dans une zone avasculaire et l'on extrait le fœtus. Dans certains cas il n'existe pas de sac, le fœtus nageant pour ainsi dire au milieu des anses intestinales. L'extraction n'en est que plus facile. Parfois

le placenta s'insère à la face antérieure du sac. Certains auteurs conseillent alors d'aller inciser en un endroit où le placenta ne s'insère pas, d'autres coupent en plein tissu placentaire. Si les manoeuvres pour éviter le placenta sont simples il vaut mieux inciser à côté de l'organe, sinon il faut se résigner à traverser le placenta.

Le traitement du placenta

Vis-à-vis du placenta trois possibilités de conduite existent :

- laisser le placenta en place en l'abandonnant dans l'abdomen,
- laisser le placenta en place en drainant,
- enlever le placenta.

Le premier procédé recommandé par NÆGRI et d'autres auteurs est peu recommandable : les risques d'infection du placenta du fait de son voisinage avec l'intestin sont trop grands.

Le second procédé a été recommandé par SEGOND et PINARD. Il a l'avantage d'être simple. L'enfant étant sorti, on coupe le cordon très près de son insertion placentaire en ayant soin de laisser s'écouler le sang avant de le sectionner. Puis on suture les parois du sac foetal aux lèvres de la plaie abdominale, réalisant ainsi la marsupialisation du sac. La poche est drainée et tamponnée. Le placenta s'élimine en un temps variable allant de quelques jours à trois ou quatre semaines. Ce procédé présente quelques inconvénients : il expose aux hémorragies secondaires, à l'infection, à l'éventration consécutive. De plus il est un cas où ce procédé n'est pas possible : celui où l'on se trouve en présence d'un foetus

libre dans la cavité abdominale, et où il n'existe pas de sac.

La dernière méthode consiste à extraire le placenta et c'est certainement la plus satisfaisante, mais il faut avouer qu'elle expose à des hémorragies parfois considérables " et d'autant plus difficiles à arrêter que le placenta s'insère parfois sur des organes très vascularisés dont les vaisseaux ne sont pas comme au niveau de l'utérus entourés par une paroi musculaire". (BRINDEAU)

On essaiera d'extraire le placenta. KELLER et GINGLINGER nous apprennent les limites de cette méthode : "quand l'implantation (du placenta) s'est faite à une certaine distance des organes génitaux, à proximité des grands vaisseaux, voire sur le foie, la rate, dans la loge rénale, le décollement correct peut être impossible : une hémorragie brutale, très importante, peut survenir et qu'il sera impossible de juguler. Aussi certains auteurs ont-ils recommandé, dans ces conditions de ne pas tenter le décollement et d'abandonner l'arrière-faix dans la cavité abdominale où à la longue il sera résorbé."

Le traitement du sac

Dans presque tous les cas le sac est adhérent à la paroi abdominale et aux organes voisins : aussi son ablation est-elle difficile. C'est pourquoi de nombreux auteurs préfèrent comme nous venons de le voir marsupialiser la poche. Certains à la suite de BREISKY, OLSHAUSEN, POZZI, etc... conseillent de disséquer le sac pour l'enlever complètement. Il faut alors patiemment lier les innombrables vaisseaux néoformés. L'extirpation du sac achevée il faut vérifier soigneusement s'il ne persiste pas une zone qui saigne : souvent se

sera la surface d'un viscère où le sac adhérerait intimement : on placera alors une mèche tamponnant bien la zone en cause.

Les règles indiquées plus haut par KELLET et GINGLI-GER restent valables devant des insertions très intimes du sac sur des organes tels que : foie, rate, etc...

Vis-à-vis des organes génitaux il faudra se montrer le plus conservateur possible.

II.- LE FOETUS EST MORT

Généralement dans ce cas il se produit une régression de tous les vaisseaux qui se rendent à la poche foetale. Aussi l'ablation du placenta n'est-elle pas tellement dangereuse ici.

Les premiers auteurs qui sont intervenus dans ce cas conseillaient d'attendre 3 ou 4 mois pour que l'invololution du placenta se soit produite, une hémorragie étant moins alors à redouter. Depuis les travaux de TAIT on préfère opérer plus tôt car d'une part on a vu des placentas augmenter de volume donc restés très vascularisés, d'autre part les complications septiques sont toujours à redouter. Il vaut mieux opérer avant le retour des règles. (PINARD)

L'époque de choix sera donc entre 3 et 5 semaines après la mort du foetus, à moins qu'une complication ne soit venue pour forcer la main auparavant.

L'intervention sera la même que si la foetus était vivant, l'extraction du placenta sera plus facile une hémorragie étant moins à redouter.

LES ENFANTS ECTOPIQUES

-:-:-:-

Classiquement les enfants nés de grossesse extra-utérine présentent généralement des malformations multiples. Il y a parmi eux une forte proportion d'enfants non viables.

Cependant on relève ici quatre observations où les enfants sont vivants et parfaitement bien constitués.

Il faut dire que lorsque l'on obtient un enfant vivant dans une grossesse ectopique on est presque toujours intervenu avant le terme de la grossesse, terme marqué par les phénomènes de faux travail, ou immédiatement au début de ce dernier.

L'exitus foetal, on l'a observé dans bien des cas, peut survenir brutalement au cours du faux travail. Parfois même un peu auparavant. Le meilleur moment pour intervenir semble donc se situer deux semaines avant la fin de la grossesse si l'on veut recueillir un enfant vivant.

- CONCLUSIONS -

I. - La rareté des grossesses abdominales à terme, ou aux environs du terme, fait que l'on pense rarement à en établir le diagnostic.

II. - Il existe plusieurs sortes de grossesses abdominales :

des grossesses abdominales primitives.

des grossesses abdominales secondaires : à la rupture
tubaire.
à une rupture
utérine.

III. - Il est de grande importance de bien connaître la clinique pour réunir les éléments du diagnostic.:

Le passé génito-pelvien de la malade,

Le passe de la grossesse : Fatigue, douleurs, pertes de sang, troubles de la compression.

L'examen : coexistence de deux tumeurs pelviennes
 élévation et déviation du col, ou non perception
 positions anormales du fœtus

L'apparition de phénomènes de faux travail.

IV. - Il est nécessaire de porter le diagnostic suffisamment tôt pour mettre la malade au repos absolu et avoir un enfant vivant. La meilleure période pour intervenir semble être le milieu du 9ème mois.

V° - On interviendra par laparotomie, on essaiera d'enlever le placenta, on pratiquera une chirurgie aussi conservatrice que possible.

VI. - Les enfants ectopiques semblent plus souvent viables et bien formés que classiquement.

Vu : le Président de Thèse

Vu : le Doyen de la Faculté

Pr. LACOMME

Léon BINET

Vu et permis d'imprimer

Le recteur de l'académie de Paris

J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--::--::--

BRINDEAU - La pratique de l'art des accouchements.

DRUMEL - Bulletin de l'Association des Gynécologues et
Obstétriciens (1951, 3, N° 2)

FLEURENT - Grossesse abdominale primitive avec enfant
vivant. Bulletin de Gynécologie et Obstétrique
(1951, 3, N° 2)

GINGLINGER - La chirurgie en obstétrique. (1946)

HUBIMONT - Un cas de grossesse abdominale à terme (complication
secondaire d'une myomectomie). Gynécologie-
Obsétrique (1952, 4, N° 3)

KELLER - La chirurgie en obstétrique. (1946)

MUSSET - Bulletin de l'Association des Gynécologues et
Obstétriciens. (1950, 2, N° 1)

